

Année 1906

THÈSE

N°

121

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Janvier 1906, à 1 heure

Contribution à l'Étude de la Salpingite

DANS SES RAPPORTS AVEC LA

Grossesse et la Puerpéralité

par

ANDRÉ-ALFRED CLÉNET

Né le 22 mai 1879, à Cugand (Vendée)

Président : M. PINARD, professeur ;

Juges : MM. SEGOND, professeur ;

LEPAGE } *agrégés.*
PROUST }

NANTES

A. DUGAS & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

5. QUAI CASSARD, 5

—
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. DEBOVE.

Professeurs.....

Anatomie	MM.
Physiologie	POIRIER.
Physique médicale	Ch. RICHET.
Chimie organique et chimie générale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BLANCHARD.
Pathologie médicale	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	BRISAUD.
Histologie	LANNELONGUE.
Opérations et appareils	CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale	MATHIAS-DUVAL.
Thérapeutique	SEGOND.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale	GILBERT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHANTEMESSE.
Pathologie expérimentale et comparée	BROUARDEL.
	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	BUDIN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDÉAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	M. RIEFFEL, chef
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	des Travaux anatomiques.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. GUILLEMET

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GROSSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale

à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0044

INTRODUCTION

C'est après avoir vu un cas de salpingite réveillée pendant les suites de couches, que l'idée nous est venue de faire notre thèse sur ce sujet.

Encouragé par M. le docteur Guillemet, dans le service de qui nous avons passé un an comme externe, éclairé et conseillé par le docteur Grosse, nous avons pu terminer heureusement ce travail.

Nous verrons dans un premier chapitre l'influence des salpingites sur la grossesse. Une femme atteinte de salpingite peut-elle devenir mère?

La salpingite peut-elle être cause de grossesses extra-utérines?

Ne provoque-t-elle pas souvent des avortements et des accouchements prématurés?

Nous verrons aussi que la salpingite comme toutes les autres infections et particulièrement l'appendicite, peut causer la mort du fœtus.

Dans un second chapitre, nous nous demanderons quelle action peuvent avoir la grossesse et la puerpéralité sur la salpingite et quels accidents occasionnent les sal-

pingites pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Nous dirons quelques mots du diagnostic, du pronostic et nous pourrons instituer un traitement.

CHAPITRE PREMIER

Influence des salpingites sur la grossesse.

Salpingite et stérilité. — Une femme atteinte de salpingite, peut-elle concevoir ? Certains auteurs, Goullioud, en particulier, n'admettent pas pour les trompes malades la possibilité de recouvrer leurs fonctions et expliquent par l'unilatéralité des lésions toutes les grossesses observées chez des femmes atteintes autrefois de salpingite. La salpingite bilatérale équivaldrait chez la femme à l'orchite double chez l'homme, et toute femme, ayant eu une salpingite double, serait impitoyablement vouée à la stérilité.

Il faut remarquer d'abord, que la bilatéralité de la salpingite soutenue autrefois presque à l'unanimité, est loin d'être constante. Les examens cliniques, les constatations opératoires ont démontré avec évidence que bien souvent les lésions étaient unilatérales. Martin, sur 287 cas de salpingites opérées, trouva 91 bilatérales pour 196 unilatérales.

« On ne voit pas pourquoi, écrit Delbet dans son traité des suppurations pelviennes, les salpingites seraient plus nécessairement bilatérales que les orchites d'origine uréthrale. D'ailleurs, Goullioud, après avoir conclu « d'une lésion même unilatérale chez une femme, à la stérilité »

ajoute « que si telle est la réalité, dans la plupart des cas, ce sombre pronostic a été souvent démenti par les faits, et que, chez ces femmes atteintes de salpingo-ovarite, une grossesse est survenue malgré les craintes de stérilité ». En tout cas, les preuves de l'unilatéralité possible des lésions sont nombreuses. Il suffit de citer les statistiques établies par Delbet qui a eu 90 salpingites unilatérales sur 210 cas ; par Hartmann qui a eu 37 cas d'unilatéralité des lésions sur 115 cas d'annexites.

Les annexites unilatérales existent donc, et la trompe restée saine permet la fécondation. Mais, l'unilatéralité des lésions n'est pas la condition indispensable à la fécondation.

La conception est possible chez une femme atteinte de salpingite double, soit que les lésions restent légères, soit qu'il y ait eu guérison et restitution *ad integrum*, ou au moins amélioration suffisante pour permettre la migration de l'ovule et du spermatozoïde, et leur rencontre dans la trompe.

Béatrix a présenté une observation de salpingite double suivie de grossesse. Bowée publie un cas de grossesse avec pyosalpinx double qui fut traité par la laparotomie ; la grossesse continua son cours normalement. Doléris, Terrillon, Vuillet pensent aussi que les deux trompes malades peuvent récupérer leurs fonctions.

L'anatomie pathologique et la clinique viennent à l'appui de ce dire. Une salpingite catarrhale, même double, peut permettre la fécondation ; dans ce cas, en effet, la lumière des trompes reste perméable. Raymond considère la dis-

parition de la lumière de la trompe comme très rare, de même que l'oblitération complète de l'ostium utérinum. Martin dit que si les salpingites sont le plus souvent d'un fâcheux pronostic au point de vue de la conception, il a rencontré des cas où non-seulement l'annexite a évolué vers la guérison et permis la fécondation, mais encore, où la grossesse avait coexisté avec une salpingite chronique double.

« La possibilité du fonctionnement normal de l'oviducte, a écrit Doléris, après une ou plusieurs atteintes d'inflammation catharrhale avec des déformations marquées des parois de l'organe, n'a rien de contraire au raisonnement ; même les déviations, même les déformations, même les ectopies les plus singulières n'empêchent pas absolument la pénétration des spermatozoïdes et la fécondation anormale d'un œuf en dehors des voies naturelles ou dans le pavillon d'une trompe malade et déplacée : témoin les cas connus de grossesse extra-utérine, qui suffisent à montrer qu'une trompe, même malade, même déviée, peut jouer son rôle physiologique ; à plus forte raison lorsque la déviation est insignifiante et la lésion légère, ce qui arrive un certain temps après le début des oophorosalpingites. »

Une grossesse est donc possible chez les femmes atteintes de salpingite catarrhale simple ; chez elles, en effet, les trompes sont congestionnées, volumineuses, tuméfiées, leurs parois sont infiltrées ; la tunique musculaire présente une légère hyperplasie. C'est la muqueuse qui est le plus profondément modifiée ; ses plis sont couverts de bourgeons latéraux de nouvelle formation, ils sont épais et

terminés en massues au lieu d'être minces et effilés ; beaucoup s'anastomosent en arcades, à leur extrémité interne, avec les voisins, ce qui donne à la coupe un aspect réticulé. Ces bourgeons ont une charpente cellulo-vasculaire infiltrée de cellules embryonnaires.

Les franges des pavillons sont agglutinées, mais l'ostium utérinum, pas plus que l'ostium abdominale ne sont obli-térés. Si la femme qui porte ces lésions se repose, elle guérira et pourra devenir enceinte. C'est ce qui explique l'expression de nos campagnes : « La *ribaude* qui reste *ribaude* n'aura pas d'enfant ; la *ribaude* qui se marie en aura. »

Mais, dans les cas de salpingite aiguë, purulente, les franges du pavillon sont agglutinées de manière à fermer l'orifice abdominal, tandis que l'ostium utérinum reste ouvert. La muqueuse est tomenteuse, grisâtre, les cils vibratils de l'épithélium sont tombés presque partout et les cellules épithéliales déformées ; le pyosalpinx est souvent l'aboutissant de ces lésions par oblitération de l'ostium utérinum. Dans ces cas de collection enkystée, la grossesse est évidemment impossible si la lésion est double.

On trouve, cependant, des observations où il y a coexistence entre un pyosalpinx bilatéral et une grossesse. On peut, en ce cas, se demander quel était l'état des lésions avant la fécondation et supposer qu'il y avait à ce moment simplement salpingite légère ou pyosalpinx unilatéral.

Après la fécondation, et sous des influences diverses, il y aurait eu aggravation des lésions et oblitération de la trompe ou des deux trompes restées perméables jusqu'au

début de la grossesse, d'où production secondaire d'un double pyosalpinx.

Bétrix conclut dans son observation de grossesse avec salpingite double, que l'une des deux trompes au moins, est redevenue perméable et que le revêtement épithélial de l'organe, malgré ses lésions, a pu transporter l'ovule ou le spermatozoïde. Vuillet cite un cas de salpingo-ovarite double guéri « par les petits moyens » qui aboutit à l'évacuation spontanée. La malade devient enceinte un an après, et l'auteur en conclut que les lésions annexielles purulentes n'aboutissent pas forcément à la stérilité.

Salpingite et grossesse extra-utérine. — On accuse fréquemment la salpingite d'être une des grandes causes de la grossesse tubaire. C'est une question assez sérieuse pour qu'elle mérite de s'y arrêter. Les modifications subies par la muqueuse des trompes peuvent-elles permettre la greffe de l'œuf, ou ne s'opposent-elles pas, au contraire, à la migration de l'ovule et du spermatozoïde, empêchant ainsi toute fécondation ?

La salpingite, en produisant des coudes du canal tubaire, des cloisonnements de ce canal par bourgeonnement et soudure des plis de la muqueuse, peut-elle permettre au spermatozoïde d'arriver jusqu'à l'ovule pour empêcher ensuite l'ovule fécondé de venir se greffer dans l'utérus ?

Bland Sutton se refuse à admettre les lésions de la muqueuse tubaire comme pouvant occasionner une grossesse extra-utérine. « Une salpingite, assez intense pour détruire l'épithélium, y cause d'assez profondes modi-

fications pour amener la fermeture et l'occlusion de l'orifice abdominal ».

« Il est excessivement rare de rencontrer des trompes dénudées de leur épithélium avec l'ostium abdominale ouvert. » « D'un autre côté, dans plusieurs cas de grossesse tubaire très jeune, il m'a été impossible; même après l'examen le plus soigneux, de trouver aucune trace de salpingite ancienne ou de perte d'épithélium. » C'est aussi l'opinion soutenue par Martin au congrès de Bruxelles en 1895. « Si l'on considère, dit-il, combien le développement ectopique de l'œuf est difficile, il faut admettre que la muqueuse de la trompe doit être plus saine encore que la muqueuse utérine pour permettre la greffe de l'œuf. » Et dans son ouvrage sur les maladies des trompes, il ajoute : « J'ai essayé de démontrer, en 1886, que la salpingite détruisait les cils vibratils et s'opposait au passage de l'œuf; mes observations personnelles m'ont fait changer d'avis depuis cette époque; d'accord avec Bland Sutton, Weit, Hofmeier et Webster, j'ai trouvé la muqueuse normale au voisinage du point d'insertion. Ce qui démontre que, de même qu'il est exceptionnel de voir la muqueuse utérine malade se transformer en caduque (stérilité par endométrite), de même l'épithélium tubaire devra être normal pour permettre la greffe et le développement de l'œuf. »

Paquy, après une étude très documentée de l'étiologie des grossesses extra-utérines, conclut « que la greffe tubaire de l'œuf n'est nullement précédée d'un état pathologique antérieur de la trompe; la salpingite, pas plus que la

métrite, n'est favorable au développement de l'œuf ».

Bouilly est d'avis que les femmes atteintes d'hématocèle rétro-utérine ont rarement un passé génital.

A l'inverse des auteurs précédents, Aumont, Lawson Tait, Tainturier, Vignard pensent qu'une oblitération mécanique, une altération pathologique ou une malformation des trompes sont nécessaires pour déterminer la production d'une grossesse extra-utérine. Aumont, dans sa thèse, fut un des premiers à considérer l'inflammation aiguë des trompes comme une des causes principales des grossesses tubaires. « La muqueuse des trompes s'enflamme souvent secondairement à des lésions de l'utérus, des ovaires et des organes voisins ; elle se boursoufle, se couvre de débris épithéliaux, son canal se rétrécit, se contourne, ses orifices s'oblitérent partiellement et les franges du pavillon épaissies, infiltrées, adhèrent plus ou moins aux organes voisins. Que la fécondation vienne à s'opérer et que l'ovule, saisi par le pavillon, s'engage dans le canal rétréci de la trompe, il sera dans beaucoup de cas forcé de s'y arrêter et donnera naissance à une grossesse tubaire.

Lawson Tait, en 1880, exposa la théorie de la salpingite desquamative : « Pour que la fécondation de l'ovule ait lieu dans la trompe, il faut une salpingite antérieure qui amène la chute plus ou moins complète des cellules ciliées, la transformation des franges effilées de la trompe en bourgeons charnus épais par suite de l'inflammation, enfin, la dénudation de la muqueuse sur laquelle l'œuf peut être fécondé par le spermatozoïde que rien n'empêche plus de remonter dans le canal de Fallope et qui peut se

greffer sur les bourgeons vasculaires au niveau desquels il est arrêté, rien ne provoquant plus sa progression ». Mais, Lawson Tait soutenait que l'utérus seul est le siège de la fécondation normale et que la fonction des cellules ciliées des trompes est d'empêcher le spermatozoïde d'y pénétrer, en même temps que de faciliter la progression de l'ovule vers l'utérus.

On sait aujourd'hui que la fécondation ne peut s'opérer que dans le tiers externe de la trompe, et il faut émettre des restrictions sur l'argument de l'auteur anglais ; toutefois, on retiendra de sa théorie cette idée, que la salpingite desquamative peut être une cause de grossesse tubaire.

Engstrœm admet aussi la salpingite et la périsalpingite comme cause prédisposante de la grossesse tubaire.

Veit soutient que dans les salpingites le boursofflement de la muqueuse diminue le calibre du canal tubaire, et que le plus léger catarrhe peut compromettre la fonction des cils vibratils.

Tainturier, dans sa thèse inaugurale, conclut « qu'il faut joindre aux causes purement mécaniques qui peuvent arrêter l'ovule fécondé, une lésion pathologique antérieure pour expliquer la possibilité de la greffe ovulaire, car elle ne peut avoir lieu que sur des tissus modifiés dans leur structure et leur vascularisation par un processus inflammatoire plus ou moins récent ».

Petersen, dans son travail sur l'anatomie pathologique des salpingites, étudie la salpingite dans la pathogénie de la grossesse tubaire. Il examine les points de la trompe où s'est développée une grossesse ectopique, et s'appuie sur

14 cas pour conclure à l'influence de la salpingite préalable sur la grossesse tubaire.

Vignard (de Nantes) a publié au Congrès de Nantes (septembre 1901) treize observations de grossesse extra-utérine concernant toutes des opérées par laparotomie, sauf une où l'intervention fut vaginale.

Envisageant ces faits, surtout au point de vue étiologique, il donne les conclusions suivantes : « L'anomalie tubaire, cause de l'ectopie, nous apparaît presque toujours acquise ; l'infection puerpérale atténuée est le grand facteur étiologique, à l'inverse de l'infection blennorrhagique. La lésion tubaire, qui prédispose à l'ectopie, est nettement cinq fois unilatérale et deux fois bilatérale ».

M. Pinard répondit : « Malgré le nombre de cas signalés par Vignard, il est difficile de fixer une théorie sur les causes de la grossesse ectopique.

Si l'infection antérieure était en cause, pourquoi verrait-on plus fréquemment des grossesses ectopiques de nos jours où il y a moins d'infection puerpérale ? D'ailleurs, si l'infection était en cause, on devrait trouver une muqueuse utérine malade dans les cas de grossesse ectopique ; or, les examens qu'on a faits montrent que cette muqueuse est saine ».

On ne voit pas, en effet, comment la greffe de l'œuf qui, pour se produire dans l'utérus, demande une muqueuse saine, pourrait s'accommoder dans la trompe d'une muqueuse malade.

Salpingite cause d'avortement et d'accouchement prématuré. — Dans ses « recherches sur une des causes les plus

fréquentes et les moins connues de l'avortement », M^{me} Boivin signale les maladies de l'utérus et « bien plus encore celles de ses annexes » comme cause de l'avortement et de l'accouchement prématuré.

« La fausse-couche, disent Ribemont-Dessaigne et Lepage, est souvent produite par des corps fibreux, des déviations utérines, des lésions des annexes, des lésions péritonéales anciennes... »

De Vésian, dans sa thèse inaugurale, donne « l'avortement comme conséquence sinon habituelle, mais, du moins fréquente, des lésions annexielles ».

D'après la statistique de Blanc, publiée à la Société d'obstétrique et de gynécologie (Paris 1892), 55 pour 100 des avortements ou accouchements prématurés surviendraient au cours des inflammations annexielles ou péri-utérines.

Piqué et Charrier donnent l'avortement comme fréquent au cours des salpingites aiguës et chroniques. Ils attirent l'attention sur l'infection gonococcique, qui est pour eux très souvent en cause dans les avortements dûs à la salpingite ; ils signalent aussi l'avortement chez des femmes atteintes depuis longtemps de lésions annexielles dues à la blennorrhagie, qui semblaient refroidies ou même guéries. Ilavacek signale l'avortement coïncidant avec la salpingite suppurée.

Fruhinsolz, dans sa thèse inaugurale, dit : « Si nous supposons une grossesse compliquant une salpingite, ou une périmétrite d'origine gonococcique, il est évident que l'avortement pourra en résulter. »

Audebert, étudiant l'influence de la gonococcie sur la grossesse, rapporte plusieurs cas où la blennorrhagie est venue interrompre la gestation bien avant terme. « Il est certain, ajoute-t-il, que les annexites blennorrhagiques et les déviations utérines, consécutives aux périmétrites blennorrhagiques, peuvent amener assez fréquemment des avortements ; mais, il s'agit là de lésions préexistantes liées à une blennorrhagie déjà ancienne et que l'on doit considérer plutôt comme des foyers presque éteints, que comme des manifestations d'une infection vivace encore à la période d'état. »

L'avortement, au cours d'une salpingite, paraît provoqué par plusieurs sortes de causes ; ce sont, d'abord, des causes mécaniques. Les adhérences contractées par la tumeur tubo-ovarique, soit avec le cul-de-sac postérieur, soit avec les organes voisins, ont une importance prépondérante ; en ce cas, elles entraînent les déviations utérines, gênent le développement de cet organe au moment de la gestation, et provoquent, par les tiraillements répétés qu'elles lui font subir, le réveil des contractions utérines, qui expulseraient le produit de la conception.

Les autres causes de l'avortement et de l'accouchement prématuré sont la conséquence de phénomènes généraux graves qui accompagnent la salpingite. L'interruption de la grossesse s'explique, alors, soit par l'hyperthermie, soit par l'infection généralisée et la toxémie maternelle qui sont sous sa dépendance.

Souvent aussi, il faut le reconnaître, la muqueuse utérine, touchée par le même agent infectieux que les annexes,

tout en permettant la greffe de l'œuf, ne lui fournit pas ensuite les conditions nécessaires à un bon développement, et, cet œuf, greffé sur une caduque malade, meurt à vrai dire d'inanition ; il devient, alors, un corps étranger dont l'utérus se débarrasse.

Salpingite et mort du fœtus. — En dehors des dangers auxquels est exposé le fœtus du fait de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, il peut encore succomber in utero ou peu après sa naissance. On voit des enfants, semblant offrir une vitalité parfaite après l'accouchement, mourir dans les heures ou les jours qui suivent, en présentant des phénomènes de cyanose, des convulsions, de l'élévation de la température ou de l'hypothermie, indices d'une infection ou d'une intoxication profonde. Il faut, alors, admettre que les toxines microbiennes ont atteint directement l'enfant en pénétrant, au niveau du placenta, de l'organisme maternel dans la circulation fœtale.

Nos observations (Obs. III et IV) fournissent plusieurs exemples de ces cas qu'il faut rapprocher des cas analogues observés dans l'appendicite compliquant la grossesse, dans lesquels « des fœtus viables sont expulsés morts, ou meurent de cause indéterminée, ou présentent, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie » (Pinard).

Pinard et Wallich ont donné la preuve bactériologique de l'infection de l'enfant in utero dans l'appendicite compliquant la grossesse. Ayantensemencé du sang recueilli dans les vaisseaux ombilicaux du cordon, ils ont obtenu

des cultures pures de colibacilles, et démontré ainsi la propagation, à travers le placenta, de la toxémie maternelle à l'organisme fœtal.

Il nous semble que la même pathogénie peut s'appliquer au cas précédent, et que là aussi la mort du fœtus est le résultat d'une infection *in utero*.

CHAPITRE II

Influence de la grossesse et de la puerpéralité sur la salpingite.

L'influence de la grossesse et de la puerpéralité sur la salpingite est des plus variables ; elle dépend de l'étendue, du degré de virulence des lésions, dont les annexes sont le siège pendant la grossesse ; de la facilité plus ou moins grande avec laquelle la femme peut se réinfecter, pendant ou après l'accouchement.

Si parfois la grossesse exerce une influence favorable sur les salpingites, plus souvent, elle joue un rôle néfaste, capable, en certains cas, de provoquer les accidents les plus graves : péritonite par évacuation, rupture d'un pyosalpinx, torsion du pédicule de la tumeur.

Amélioration et guérison de la salpingite. — Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte de salpingite ancienne, médicalement guérie depuis longtemps, et qui ne présente plus qu'un reliquat d'adhérences périphériques, elle exerce manifestement une action favorable sur l'organe. Sous l'influence de la vascularisation et du ramollissement qui s'étend alors à tout l'appareil génital, les tissus cicatriciels s'assouplissent, l'utérus, en s'élevant dans la cavité abdominale, attire derrière lui les trompes et exerce sur les

adhérences qui les fixent aux parties environnantes des tractions lentes et continues. Si les brides cicatricielles sont très résistantes, elles s'opposeront à l'augmentation de l'utérus, le maintiendront en position vicieuse (latéroflexion, rétroflexion) et finalement pourront provoquer l'avortement et l'accouchement prématuré. Mais, dans beaucoup de cas, sous la double action du ramollissement et du tiraillement exercé sur elles par le déplacement et les contractions de l'utérus, ces brides s'assoupliront et céderont peu à peu. La guérison est ainsi obtenue d'une façon progressive et plus parfaite qu'après des séances répétées de massage gynécologique. Cette heureuse influence de la grossesse sur les salpingites refroidies a été mise particulièrement en relief par Goullioud qui regarde la grossesse comme une des meilleures conditions pour achever la guérison des vieilles lésions salpingiennes. De Vésian, dans une thèse récente, soutient la même idée : « La grossesse, écrit-il, exerce le plus souvent une influence heureuse sur les salpingites refroidies. » Tout autre, comme nous allons le voir, est l'action de la grossesse sur les salpingites aiguës ou insuffisamment éteintes.

Aggravation de la salpingite. — La grossesse exerce une action des plus fâcheuses sur les lésions annexielles en cours d'évolution. Sous l'influence des tiraillements auxquels est soumise la trompe malade, et de l'activité fonctionnelle plus grande des organes du petit bassin, laquelle favorise le développement de l'infection, il se produit une aggravation notable des lésions.

Des manifestations aiguës peuvent se produire subitement, et parfois, alors même que les lésions semblaient depuis longtemps refroidies, ce réveil des phénomènes inflammatoires pendant la grossesse a été maintes fois constaté. Il est souvent l'indice d'une transformation de la salpingite qui, de catarrhale peut devenir purulente. De même une collection enkystée, peu volumineuse et simplement séreuse, peut subir un accroissement notable, passer à la purulence et donner lieu à un pyosalpinx qui succède à l'hydrosalpinx primitif.

Ainsi que le fait remarquer de Vésian, l'infection peut même se propager d'un côté à l'autre et se communiquer à la trompe jusqu'alors restée saine ou ne présentant que des lésions atténuées. C'est ainsi que l'on peut expliquer la coexistence de la grossesse avec un double pyosalpinx. La bilatéralité de la lésion dans ce cas ne peut manifestement exister que depuis le début de la grossesse.

Le travail, plus encore que la grossesse, peut être le signal d'un réveil des lésions inflammatoires anciennes restées parfois jusque-là silencieuses. Les conditions qui, pendant la grossesse, pouvaient provoquer une exacerbation brusque des phénomènes annexiels, ont alors une importance toute particulière par suite des contractions violentes de l'utérus, des modifications de volume qui suivent l'accouchement et la délivrance, de l'agitation de la femme, des manœuvres de l'accoucheur au moment de l'expulsion de l'enfant et de l'extraction du placenta.

Plus encore pendant le travail que pendant la grossesse, on voit survenir ces accidents graves que nous étudions

plus loin, et qui sont la conséquence de l'irruption dans le péritoine du contenu septique de la trompe ou de la torsion de son pédicule.

Pendant les suites de couches, on peut voir une lésion annexielle qui semblait éteinte se réveiller subitement, non seulement en vertu du coup de fouet qu'elle reçoit du fait de l'accouchement, mais, par suite d'une infection nouvelle survenue pendant l'accouchement ou après.

L'infection de l'utérus et des annexes se produit très facilement chez la femme pendant les suites de couches, en vertu de la réceptivité particulière de l'utérus à cette période, et de l'excellent milieu de culture que constituent les lochies. Il se produit aussi, par voie ascendante, une réinfection des annexes d'autant plus disposées à se laisser envahir qu'elles présentent des lésions antérieures incomplètement guéries.

Il n'est pas même besoin, pour expliquer cette infection annexielle des suites de couches d'invoquer une contamination extérieure, cependant toujours facile à réaliser. La femme est souvent elle-même la source de l'infection. Des agents infectieux divers peuvent, en effet, persister à l'état latent pendant la grossesse dans le canal génital de la femme sans déceler leur présence par aucune manifestation pathologique.

Cette conception, entrevue par Verneuil sous le nom de *microbisme latent*, a trouvé sa vérification dans les recherches récentes d'Ozenne, de Fruhinsholz, Audebert, Walter qui ont montré que des agents pyogènes peuvent demeurer dissimulés dans les replis de la muqueuse

vaginale de la femme, dans les glandes du col, dans l'épaisseur de la caduque et du parenchyme utérin sans manifester leur présence pendant la grossesse. Au moment du travail, ils sont mis en liberté et retrouvent leur virulence ancienne, grâce au traumatisme de l'accouchement et aux déchirures du col qui en sont souvent la conséquence.

Fruhinsholz et Audebert ont montré que l'infection gonococcique latente, ou peu évidente, dans les derniers temps de la grossesse, se révélait souvent brusquement dans le milieu lochial dans les jours qui suivent l'accouchement. Bien plus, ils ont constaté la présence du gonocoque non seulement dans les lochies, mais aussi dans la muqueuse utérine, dans l'épaisseur de la paroi musculaire de l'utérus.

Pareille constatation a été faite par Walter (de Dresde) qui a relaté la présence d'agents pyogènes, et en particulier de streptocoque dans l'épaisseur des membranes de l'œuf.

L'endométrite microbienne latente de la grossesse n'était donc pas une simple vue de l'esprit ; on conçoit que les microbes ainsi emprisonnés, et n'attendant qu'une occasion pour manifester à nouveau leur virulence, soient l'origine de phénomènes infectieux qui pourront s'étendre à tout l'appareil génital ou se localiser aux annexes, et cela d'autant plus facilement que ces derniers organes auront été le siège d'une infection antérieure.

Péritonite d'origine annexielle par rupture de la trompe ; évacuation du contenu purulent de la trompe à travers l'ostium abdominale. — Pendant la grossesse, ou après le travail,

il est fréquent de voir survenir chez une femme atteinte de salpingite, des poussées de pelvi-péritonite dont la cause première, lorsqu'on ignore l'existence d'une salpingite, peut n'être pas toujours soupçonnée. Cette extension des lésions tubaires au péritoine est souvent la conséquence des tiraillements et des compressions auxquels est soumise la trompe par suite du développement et de l'ascension de l'utérus dans l'abdomen, en même temps que par les contractions utérines. Sous leur influence, se produit une éraillure, une déchirure légère de la poche purulente tubaire ou des collections péritonéales enkystées qui l'environnent, et celles-ci laissent filtrer dans le péritoine une portion de leur contenu septique.

Parfois, c'est une péritonite à grand fracas et rapidement mortelle, si l'on n'intervient pas en temps utile, qui se déclare. Elle est la conséquence de l'irruption brusque du pus contenu dans le pyosalpinx, soit par rupture de la paroi de la collection purulente, soit par évacuation de son contenu à travers l'ostium abdominale. Cet accident peut se produire pendant la grossesse; mais, il est surtout à craindre pendant le travail, où la poche purulente est fortement comprimée et tirillée par suite des changements de position et de volume de l'utérus, des contractions utérines et abdominales, du passage de la tête à travers la filière pelvienne plus ou moins obstruée par le pyosalpinx et les collections péritonéales qui l'avoisinent. Pendant la délivrance, l'expression utérine, surtout exercée par le procédé de Crédé, peut produire la rupture d'un pyosalpinx par un mécanisme analogue.

Le plus souvent il y a inondation péritonéale par rupture totale de la collection. Dans quelques cas, l'évacuation de la poche purulente se fait d'une façon plus lente par expression de liquide septique à travers l'orifice abdominal resté perméable (*Obs. V*). C'est surtout dans les salpingites purulentes, rapidement développées, que l'on observe la persistance de l'orifice abdominal de la trompe. L'accroissement des franges du pavillon est trop récent, les adhérences à l'épiploon, aux anses de l'intestin grêle trop peu résistantes, pour donner une obturation solide de l'orifice, et celui-ci, sous l'influence d'une compression violente, d'une traction énergique exercée sur la trompe s'entr'ouvre et laisse le contenu de la poche se vider dans l'abdomen.

La grossesse, et surtout le travail prédisposent peut-être d'une façon plus particulière, à cette évacuation du pus par l'orifice de la trompe. Fortement comprimée, sous l'influence des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux, des déplacements de l'utérus, la trompe distendue sera exprimée comme une poire de caoutchouc, et on conçoit que son contenu puisse facilement s'ouvrir un passage à travers l'ostium abdominale. On peut du reste se demander, si au moment des contractions utérines de la grossesse et du travail il n'y a pas simultanément contraction des fibres musculaires de la paroi tubaire. Le rôle actif de celle-ci suffirait alors à expliquer l'expulsion directe du pus par l'orifice de la trompe.

Le contenu d'une trompe kystique peut-il se vider à travers l'ostium uterinum pendant la grossesse? Il semble.

à priori, qu'on ne puisse répondre à cette question que par la négative. Cependant, Bouffe de Saint-Blaise a cité récemment une observation (*Os.* VI) d'hydrosalpinx, compliqué de grossesse, dans laquelle la trompe s'est vidée périodiquement pendant le cours de la grossesse, sans déterminer d'hémorragie ni aucun signe de décollement de l'œuf. Bien que l'écoulement de liquide venant de la trompe se soit produit plusieurs fois d'une façon abondante, le décollement des membranes, nécessité par cette évacuation, n'a pas entravé l'évolution de l'œuf, et la grossesse s'est terminée par la naissance à terme d'un enfant vivant.

Torsion du pédicule des salpingites. — Après des accidents graves déterminés par l'évacuation dans l'abdomen du pus contenu dans la trompe, il faut rapprocher les phénomènes péritonéaux auxquels donne lieu la torsion du pédicule des collections liquides de cet organe (hydro et pyosalpinx).

On en a observé un certain nombre de cas pendant la gestation. La grossesse, en effet, par les modifications qu'elle entraîne, dans les positions des annexes de l'utérus, par les mouvements qu'elle leur communique, sous l'influence des déplacements et des contractions de l'utérus crée une prédisposition particulière à ces accidents.

La torsion du pédicule des tumeurs liquides des annexes peut se produire à toute époque de l'état gravide ou de la puerpéralité, mais il semble qu'elle soit surtout fréquente au début de la grossesse, du deuxième au quatrième mois,

au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches.

La symptomatologie en est la même qu'en dehors de la grossesse; toutefois, au moment de l'accouchement, les symptômes de réaction péritonéale, indice de la torsion du pédicule de la tumeur kystique, peuvent être masqués par les phénomènes du travail et confondus avec eux.

D'après Hartmann, une certaine loi présiderait à la torsion du pédicule des tumeurs liquides des annexes. Elle débiterait par une chute en arrière de l'extrémité externe des trompes, ce qui produirait à droite un mouvement dans le sens des aiguilles d'une montre, à gauche un mouvement en sens inverse.

En dehors de la grossesse, la torsion du pédicule des tumeurs liquides des annexes s'observe le plus souvent dans le sens indiqué par Hartmann bien qu'il n'y ait pas à ce sujet de règle constante. Au contraire, pendant la grossesse, il semble, ainsi que le font remarquer MM. Pinard et Paquy que la torsion du pédicule s'opère toujours dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, quel que soit le côté où siège la tumeur.

C'est, en effet, ce qui paraît résulter de la lecture des observations de tumeurs à pédicules tordus des annexes pendant la grossesse publiées jusqu'ici; la torsion du pédicule y est toujours notée comme ayant eu lieu en sens inverse des aiguilles d'une montre, qu'il s'agisse des annexes droites ou gauches. (*Obs. VII, VIII et IX*).

En dehors des dangers sérieux que la torsion des salpingites fait courir à la femme du fait des phénomènes péri-

tonéaux qu'elle occasionne, elle est encore une complication grave au point de vue de la grossesse. Elle peut, en effet, par irritation de voisinage déterminer des contractions prématurées de l'utérus et provoquer ainsi l'expulsion avant terme du fœtus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des salpingites est souvent malaisé pendant la grossesse et la puerpéralité. L'examen abdominal est, en effet, difficile à pratiquer chez la femme enceinte, et encore plus chez la femme en couches. De nombreuses causes d'erreur peuvent en outre, laisser le chirurgien ou l'accoucheur dans l'indécision.

Diagnostic de la salpingite pendant la grossesse. — Si une femme enceinte se présente à notre examen, se plaignant de vagues douleurs, et d'accès de fièvre de temps à autre, à quoi pourrions-nous songer ? Nous éliminerons tout d'abord la *fièvre de grossesse* qui n'existe pas comme maladie spéciale.

Si, au palper, l'utérus nous semble de forme anormale, nous nous demanderons si nous avons affaire à un utérus gravide, irrégulier de forme et de consistance, ou si nous sommes en présence d'une grossesse compliquée de salpingite ou d'une grossesse extra-utérine.

Les malformations utérines ne peuvent pas donner de température ; seuls les accidents auxquels elles exposent peuvent donner lieu à l'infection ; il en est de même, d'ailleurs, pour les fibromes. Nous pourrions croire à la salpingite au contraire, s'il y en a eu autrefois ; s'il y a de

l'écoulement blennorrhagique, s'il y a de la température.

Une salpingite kystique refroidie peut simuler une grossesse tubaire ; la tumeur formée par la grossesse tubaire se trouve au palper comme la collection kystique. Lorsqu'il y a rupture de la grossesse tubaire, la douleur vive, la sensation de déchirure dans le ventre et surtout les signes d'un épanchement sanguin abondant mettront sur le chemin du diagnostic ; il est vrai que dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse de la rupture d'une grossesse tubaire ou d'un kyste de la trompe, il faut aussitôt recourir à la laparotomie.

Il est souvent difficile de différencier une salpingite à pédicule tordu d'une autre tumeur abdominale présentant les mêmes phénomènes, et en particulier du kyste de l'ovaire. L'erreur sera d'autant plus facile à commettre que la collection tubaire est plus volumineuse. Elle est du reste sans importance, la conduite à tenir étant la même.

Du côté gauche, le diagnostic de la salpingite est relativement facile ; à droite l'appendice et le foie sont autant de causes d'erreur ; les plus savants s'y trompent. On peut dire que dans la salpingite l'hyperesthésie cutanée est moins vive que dans l'appendicite ; que la contracture des muscles de l'abdomen n'est pas aussi intense ; que la douleur siège moins souvent au point de Mac Burney : autant d'assertions qui conduisent à l'erreur.

Quelquefois, on a des raisons de penser à de la cholécystite, mais ici la douleur siège au niveau du foie avec des irradiations vers l'épigastre et l'ombilic ; en outre,

c'est une affection plus rare que la salpingite. S'il y a de la rétention biliaire, la coloration jaune des téguments mettra sur la voie.

La torsion du pédicule des collections tubaires peut se faire brusquement ; l'étranglement très serré amène immédiatement une thrombose des vaisseaux du pédicule et une réaction péritonéale rappelant l'occlusion intestinale avec laquelle la torsion pédiculaire est souvent confondue.

Plus lente, la torsion du pédicule peut se produire par poussées successives, se manifestant surtout par de la douleur, des vomissements qui peuvent être rattachés à une irritabilité particulière de l'utérus, même une à colique néphrétique.

La douleur occasionnée par le rein flottant a pu quelquefois faire penser à la salpingite ; mais, les autres symptômes ne sont plus les mêmes. Il n'y a pas dans le rein flottant de signes d'infection ; il n'y a rien dans les culs-de-sac vaginaux. Puis, le rein flottant se trouve chez des femmes d'un tempérament spécial, chez lesquelles il y a très souvent en même temps de la ptose des autres viscères ou tout au moins de l'entéro-colite muco-membraneuse. Enfin, il est généralement facile de se rendre compte de la mobilité du rein à la palpation.

Le diagnostic de la salpingite devient particulièrement difficile à la fin de la grossesse, quand l'utérus occupe tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'au creux épigastrique.

Pendant l'accouchement, la difficulté du diagnostic devient encore plus grande.

Les contractions douloureuses du travail, les vomissements, le surmenage de la femme peuvent masquer complètement les phénomènes réactionnels dûs à la rupture d'une collection tubaire ou à la torsion de son pédicule.

La lésion peut aussi passer totalement inaperçue ou le diagnostic être trop tardivement établi pour secourir la malade avec chance de succès. L'accoucheur est ainsi exposé aux plus désagréables surprises.

Diagnostic de la salpingite pendant les suites de couches. — Les mêmes causes d'erreur qui font confondre, pendant la grossesse et le travail, la salpingite avec l'appendicite, l'occlusion intestinale, les coliques hépatiques ou néphrétiques, les tumeurs à pédicule tordu se présentent encore pendant les suites de couches. Néanmoins, c'est le plus souvent à l'infection puerpérale que l'on rattache à tort les phénomènes abdominaux observés et la température élevée de la femme. On donne injection sur injection, jusqu'au jour où les symptômes de la salpingite deviennent tellement apparents que le diagnostic s'impose. En général, l'écoulement lochial n'a pas la même fétidité que dans l'infection puerpérale et la régression normale de l'utérus prouve que ce n'est pas l'utérus lui-même qui est en cause.

Toutes les péritonites par perforation peuvent simuler la péritonite par rupture de la trompe et irruption du pus dans la cavité péritonéale ; les symptômes sont les mêmes, et la laparotomie, aussi urgente dans un cas que dans un autre, précise le diagnostic.

Dans beaucoup de cas, et malgré une observation atten-

tive du sujet, le diagnostic restera hésitant. C'est alors que la connaissance d'une salpingite antérieure chez la malade sera un précieux renseignement, car dit Gille : « L'existence de lésions annexielles antérieures à la grossesse devra toujours rappeler à l'accoucheur la possibilité d'accidents infectieux pendant les suites de couches malgré l'antisepsie. »

PRONOSTIC

Le pronostic des grossesses compliquées de salpingite est le plus souvent sérieux pour la femme. En dehors de l'obstacle que les salpingites peuvent apporter à la fécondation, elles constituent un danger permanent pour la femme enceinte.

En effet, à côté de ces cas bénins où une salpingite antérieure refroidie longtemps avant la grossesse la laisse évoluer sans provoquer aucun trouble, il en est d'autres où les lésions inflammatoires des annexes se réveillent à l'occasion de la grossesse et provoquent des poussées successives de pelvi-péritonite plus ou moins menaçantes pour la femme.

Parfois, la salpingite, ignorée jusque-là, ou bien tolérée, manifeste brusquement sa présence par un cortège d'accidents péritonéaux graves qui mettent rapidement la vie de la femme en danger. Dûs à la torsion du pédicule de la tumeur annexielle, à l'extension subite à la grande cavité péritonéale de l'infection tubaire par dislocation des adhérences qui enkystaient la collection purulente, par rupture de sa paroi ou évacuation de son contenu par l'ostium abdominale, ces accidents comportent le pronostic le plus sombre, et bien souvent la femme succombe malgré l'intervention faite sans retard et qui était, pour elle, la seule chance de salut.

Les annexites, nous l'avons vu, peuvent rendre vaines toutes les précautions antiseptiques que l'on aura prises pendant l'accouchement ; on voit alors « des auto-intoxications puerpérales inévitables » comme le dit Doléris. C'est pourquoi, lorsqu'une femme atteinte de salpingite deviendra enceinte, il faudra toujours porter le pronostic le plus réservé sous peine d'avoir à un moment quelconque, pendant la grossesse ou les suites de couches, les plus désagréables surprises.

Le pronostic n'est pas moins grave pour l'enfant menacé dans son existence, par les risques d'avortement et d'accouchement prématuré que la salpingite fait courir à la mère. Il faut redouter aussi la possibilité d'une infection directe in utéro aboutissant à l'expulsion d'un enfant mort et macéré ou qui mourra dans les jours qui suivent sa naissance par septicémie ou intoxication.

TRAITEMENT

« L'accoucheur devra donc, pendant la grossesse, faire en sorte d'obtenir une guérison radicale des lésions inflammatoires des premières voies de l'appareil génital et, au moment de l'accouchement, prendre toutes les précautions pour éviter le réveil post partum du microbisme latent ». C'est la dernière conclusion de Gille dans sa thèse. C'est un traitement préventif que nous étendrons encore plus loin en disant qu'il faut guérir absolument une salpingite avant de permettre à la femme de devenir enceinte. Ce serait du moins l'idéal ; mais, beaucoup de femmes, atteintes de salpingite, ne sauront pas profiter de ce conseil. De plus, il est bien difficile d'affirmer qu'une salpingite en apparence guérie ne se réveillera pas pendant une grossesse.

Si donc, une femme, atteinte de cette affection, devient enceinte, il faut la surveiller. Plus que chez n'importe quelle autre femme grosse, il faudra veiller sur le tube digestif, prendre bien garde à ce que les selles soient régulières, et favoriser de tout son pouvoir l'élimination des toxines. Il faudra lui défendre de se fatiguer, de faire des marches trop longues ; la faire mettre au lit, à la moindre alerte. On devra lui conseiller l'abstention ou la rareté des rapports sexuels, car ils ne peuvent à ce moment

qu'amener un afflux de sang du côté des annexes et traumatiser la région.

Si, malgré toutes les précautions prises, la salpingite semble vouloir se réveiller, il faudra employer les moyens médicaux ; et même, si les symptômes résistent au traitement, et que l'on sente au palper la collection tubaire, plutôt que d'attendre l'apparition du danger, il faudra intervenir.

S'il y a des signes de torsion du pédicule de la tumeur, il faudra encore intervenir sans tarder, en raison du danger immédiat qui menace la femme. De plus, en se contractant, la trompe, dont la cavité a été diminuée par la torsion, cherche à se débarrasser de son contenu et peut ainsi provoquer la contraction de l'utérus et occasionner un avortement ou tout au moins un accouchement prématuré, ce qui est toujours une infériorité pour l'enfant.

Là où il ne faut pas craindre d'intervenir, c'est lorsqu'il y a de la péritonite ; même s'il ne s'agit pas de salpingite que ce soit pendant la grossesse ou les suites de couches, la conduite à tenir est la même. Il y a tout à gagner à agir promptement, et tout à perdre en voulant temporiser. Si nous consultons les observations rassemblées dans ce travail, nous verrons que les femmes qui ont été sauvées sont celles chez lesquelles l'opération a été faite le plus tôt. Un diagnostic hésitant ne doit pas empêcher l'intervention. En présence de phénomènes péritonéaux évidents, la laparotomie s'impose. Elle pourra quelquefois n'être qu'exploratrice ; mais, dans beaucoup de cas, ce sera le seul moyen de sauver la malade.

Il peut paraître osé, au premier abord, de faire une laparotomie et d'enlever les annexes chez une femme enceinte. C'est certainement un danger pour le produit de conception, mais c'est un danger moins grand que celui de la péritonite généralisée. Il faut, durant l'opération, ménager l'utérus ; il faut même éviter le plan incliné qui contrarie la position normale de l'utérus. Après l'opération, suivant la pratique recommandée par M. Pinard, il faut soumettre l'opérée aux injections de morphine (1/2 centigramme matin et soir) dans le but de paralyser la contractilité utérine.

Si toutes les précautions prises sont inutiles, si la femme accouche, on a du moins sauvé la vie de la mère.

D'ailleurs les exemples de femmes enceintes laparotomisées sont nombreux, et on ne voit pas que l'opération ait souvent provoqué l'expulsion de l'enfant. Ainsi dans l'observation XIV « l'opération fut longue et laborieuse. Les anses intestinales étaient adhérentes à l'utérus ainsi que les annexes ; les adhérences furent libérées, ce qui entraîna des traumatismes assez considérables. La malade guérit et la grossesse arriva à terme ».

OBSERVATIONS

Observation I

Un cas de pyosalpinx pendant les suites de couches. — (Inédite).
Recueillie dans le service de M. Guillemet.

M^{me} K..., âgée de 22 ans, entre dans le service de M. Guillemet le 16 décembre 1903, au matin.

Aucun antécédent héréditaire notable.

Elle a été réglée à 17 ans, et toujours très régulièrement, jusqu'au moment d'une première grossesse.

A 20 ans, accouchement à terme et normal d'un enfant du sexe masculin, sans suites pathologiques.

Depuis cet accouchement, et surtout dans les derniers mois qui ont précédé la grossesse actuelle, légères douleurs au moment de la menstruation.

Grossesse actuelle. Dernières règles, du 8 au 12 mars. Rien de particulier, sinon des pertes verdâtres très abondantes, de l'inflammation de la vulve, de la douleur à la miction constatées à son entrée à la maternité.

Accouchement, le 17 décembre, à deux heures du matin, normal.

Les trois premiers jours, la température vaginale ne dépasse pas 37° 4.

Le 20 décembre, au matin, elle est encore de 37° 2; mais, le soir, elle atteint 38° 5.

Comme il était resté dans l'utérus quelques débris de mem-

branes, on fit une injection intra-utérine ; le lendemain, un curettage ; pendant trois jours consécutifs, plusieurs injections intra-utérines.

La température atteint chaque soir 38° 8.

A ce moment, léger écoulement de pus non odorant par le vagin. Au toucher, on ne trouve rien pour expliquer cette hyperthermic, et, au palper, on provoque seulement une légère douleur à droite de l'utérus.

Une injection de sérum antistreptococcique ne donne aucun résultat.

On croit pouvoir penser à la fièvre typhoïde ; séro-diagnostic négatif. D'ailleurs, la malade n'a pas le facies de la fièvre typhoïde, elle ne présente pas davantage le type de l'infection puerpérale.

Cependant, la température augmente, elle atteint 39° 5, le 6 janvier ; le lendemain, T. 40° ; P. 120 ; le 8, T. 40°.

L'écoulement de pus devient très abondant, toujours non odorant.

L'utérus suit son évolution normale ; il devient impossible d'y introduire la canule intra-utérine.

En présence de l'aggravation des symptômes et de la douleur qui persiste au côté droit de l'utérus, M. Guillemet fait demander M. Poisson. La conclusion de l'examen est que la malade peut être atteinte de salpingite droite ; on la conduit, sur le champ, à la salle d'opération.

Opération. — Laparotomie : rien du côté des anses intestinales ; mais la trompe droite, plus grosse que le pouce, est recouverte d'un enduit blanchâtre ; le pavillon est hypertrophié ; la trompe close renferme une collection purulente ; la corne de l'utérus est touchée par l'infection, son tissu est infiltré de pus ; la trompe gauche est moins atteinte que la droite, mais

elle est, cependant, augmentée de volume, de consistance plus ferme à la pression, de couleur violacée.

M. Poisson enlève l'utérus avec ses annexes ; l'opération se termine sans incident.

La trompe droite, ouverte après l'opération, contenait une certaine quantité de pus ; la trompe gauche en contenait moins, mais était cependant atteinte.

Le lendemain, 10 janvier, T., 38° 2. ; P., 115 ; le 11 janvier, T., 37° 9 ; P., 100 ; les jours suivants, la température redevient normale.

La guérison complète est retardée par un fil d'argent resté, par mégarde, dans la suture.

Cette malade, complètement guérie, reste à l'Hôtel-Dieu, comme infirmière, sans plus jamais se ressentir des suites de son affection.

N. B. — L'enfant, trois jours après sa naissance, fut atteint de conjonctivite purulente ; il en guérit, mais l'affection lui laissa une taie sur la cornée droite.

Observation II

Un cas de salpingite chez une accouchée. Laparatomie. Guérison.

(Docteur RIVET, chirurgien suppléant des Hôpitaux de Nantes)

Inédite

Mélanie S..., lingère, âgée de 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 15, le 31 mai 1905.

A. H. Aucun antécédent héréditaire.

A. P. Aucune maladie importante de l'enfance.

Réglée à onze ans, toujours régulièrement depuis ; à quinze ans fait une fièvre typhoïde.

Grossesses antérieures. Néant.

Grossesse actuelle. Cessation des règles le 15 octobre 1904. A part les troubles ordinaires de la grossesse, santé parfaite jusqu'au 19 mai.

Accouchement sans causes provocatrices apparentes. Expulsion d'un enfant mort et macéré. La malade nie tout antécédent syphilitique, et l'interrogation ne révèle rien à ce sujet. La malade est délivrée une heure après l'accouchement par son médecin. Le placenta, volumineux, est extrait entièrement.

Tout rentre dans l'ordre, les suites semblent normales, pas de température. Le 12^{me} jour, vomissements ; température 40°, douleurs abdominales très vives, météorisme.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu trois jours après.

Facies grippé. Ventre un peu ballonné, modérément sensible, pas de vomissements.

Température 37°8 seulement. Lochies peu abondantes, non fétides. Au toucher, l'utérus, assez volumineux, est mou, peu mobilisable.

Les deux culs-de-sac sont presque libres, mais au palper bimanuel, on sent manifestement de chaque côté, surtout à gauche, deux trompes volumineuses.

La température augmente dès le lendemain et se tient aux environs de 40°; très mauvais état général. On attend, tout en surveillant la malade, qu'elle se refroidisse pour intervenir.

Mais devant l'aggravation de l'état général, l'intervention est faite d'urgence, le 3 juin, dans l'après-midi.

Laparotomie. Utérus immobilisé entre deux trompes contenant deux collections purulentes ; — la gauche du volume d'une mandarine. Nombreuses adhérences. — Hystérectomie sub-totale et ablation des annexes.

L'intervention est rendue très pénible par le météorisme

intestinal, d'une part, et les adhérences maintenant la vessie distendue et en rétention depuis plusieurs jours.

Drainage vagino-abdominal.

Dès le lendemain, température notablement abaissée et rapidement la guérison s'est effectuée.

A noter, l'appendice normal.

Observation III

Un cas de péritonite mortelle d'origine salpingienne chez une accouchée
(Communiquée par M. CHAPIET, interne des Hôpitaux de Nantes)

(Inédite)

M^{me} X..., 38 ans, ménagère.

A. H. : Néant.

A. P. : Néant.

Grossesses antérieures. Rien de particulier.

Grossesse actuelle. Quelques pertes blanches de temps en temps, d'ailleurs complètement négligées.

Malpropreté repoussante.

Date des dernières règles, du 17 au 21 juillet 1904.

Accouchement probablement à terme le 28 avril 1905.

Il se passe normalement. Elle est accouchée et délivrée par une sage-femme chez elle.

Les suites de couches immédiates sont normales.

La température vaginale, prise deux fois par jour, ne dépasse pas 37° 4.

Le huitième jour, la malade se plaint de légères douleurs dans le ventre.

Le neuvième jour, les douleurs persistent, exagérées par la pression sur le corps utérin. Un écoulement lochial grisâtre et odorant s'établit.

La malade se trouve très fatiguée; le ventre est tout entier douloureux et ballonné.

Après avoir monté à 39°, la température tombe à 37° 3.

Le dixième jour, la malade, affaiblie, souffre autant; la température ne s'élève pas. Pouls à 110.

Son médecin l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

Elle entre à la salle 14, à 2 heures de l'après-midi, le 8 mai.

Mêmes symptômes, même état général très mauvais. Pouls à 120.

Meurt le soir à 8 heures.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Paralysie intestinale; anses violacées agglutinées par un enduit jaunâtre.]

Le petit bassin est rempli de pus.

Utérus gros et mou (utérus infecté). Hauteur: 17 centimètres.

La trompe gauche est saine.

La trompe droite tuméfiée, remplie de pus, placée derrière le segment inférieur de l'utérus qui la comprime se trouve en rapport avec le rectum. Ses parois sont très épaissies dans son tiers externe.

La portion interne est de volume et d'aspect normaux.

Ovaire droit normal.

Ovaire gauche volumineux.

Diagnostic. Salpingite droite ancienne réveillée par l'accouchement et péritonite.

Observation IV

Un cas de péritonite aiguë mortelle d'origine annexielle chez une accouchée (A. Grosse et H. Herrenschmidt, in *Bulletin de la Société d'Obst. Gyn. et Paed.*, Juin 1904).

M^{me} M. L. G..., 39 ans, ménagère, est enceinte pour la qua-

trième fois. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel notable.

Ses deux premières grossesses se sont terminées par la naissance à terme et à 8 mois de deux filles bien constituées, élevées par une nourrice et qui ont succombé au bout de quelques mois à la suite de troubles gastro-intestinaux. La troisième grossesse a été interrompue par un avortement de 3 mois $1/2$.

Les dernières règles ont eu lieu du 13 au 20 août 1903.

Pendant les quatre premiers mois la malade eut des vomissements.

Au début de janvier 1904, elle vint consulter à la maternité de Beaujon.

La fiche de consultation montre qu'à cette époque on trouva, près de l'utérus augmenté de volume, une tumeur annexielle et que le diagnostic resta hésitant entre une grossesse extra-utérine et une grossesse normale accompagnée de salpingite.

La malade ne se représenta pas à la consultation et c'est seulement au moment de son accouchement qu'elle revint à la maternité de Beaujon.

Le travail débuta le 12 mai, vers 3 heures de l'après-midi. A 8 heures 30, rupture spontanée des membranes. La malade entre à 10 heures du soir le 12 mai à la maternité, et une heure après, elle accouche d'un garçon vivant de 3.600 grammes.

Avant son entrée à la maternité, trois heures environ après le début du travail, le 12 mai, vers 6 heures du soir, la malade avait éprouvé un violent frisson à la suite duquel la température monta à $38^{\circ}5$.

Immédiatement après l'accouchement, nouveau frisson qui dure 40 minutes et après lequel la température atteint $40^{\circ}3$. La malade est passée au pavillon d'isolement.

Le 13 mai, à la visite du matin, on constate une température

de 39°. La femme a l'aspect fatigué, le teint jaunâtre ; le ventre est tendu, douloureux, le tympanisme très marqué.

Un lavement évacuateur ramène des selles copieuses, extrêmement fétides.

14. — Même état. Le ventre est ballonné et douloureux ; la température élevée (39°2).

La malade a une diarrhée très abondante ; les selles décolorées, couleur mastic, ont une odeur fétide. T. S. 39°2.

Le séro-diagnostic est fait, mais il reste négatif.

15. — T. M., 37°3 ; T. S., 39°1.

16. — L'état général est de plus en plus mauvais.

Des vomissements verdâtres se produisent.

La malade présente de l'agitation, du délire.

Les pommettes sont saillantes, les yeux excavés, le teint jaunâtre. L'examen de l'abdomen, tendu et douloureux, est difficile à pratiquer ; cependant il semble que le foie ait ses dimensions normales. On n'éveille pas dans la région hépatique de sensibilité spéciale, pas plus d'ailleurs que dans la région de l'appendice et des fosses iliaques. La régression de l'utérus se fait normalement ; du reste, les lochies peu abondantes ne sont ni fétides, ni purulentes.

Le toucher vaginal est pratiqué sous chloroforme dans le but de rechercher la présence d'une annexite. Il reste absolument négatif, et ne nous fournit pas, de ce côté, le moindre renseignement. T. M., 38° ; T. S., 38°8.

Le diagnostic de péritonite s'impose, mais l'origine en reste obscure.

17. — Les symptômes abdominaux de péritonite restent les mêmes ; ils s'accompagnent de vomissements porracés et d'une agitation de plus en plus grande. Profitant d'un moment où l'infirmière qui la surveillait quitte sa chambre, la malade, en

proie au délire, se sauve en chemise dans le jardin de l'hôpital. T. M., 37° 6. ; T. S., 38° 2. Elle est passée à la chambre des agités de la salle Monneret où elle meurt le 19 mai.

Autopsie. — Les poumons, le cœur, la rate, les reins sont normaux. Le foie, de couleur rouge brun, est gras et atteint d'un début de sclérose (la malade avait été soupçonnée d'éthylisme).

A gauche, dans la fosse iliaque, on tombe sur une petite quantité (environ deux verres à liqueur) de pus concret ayant la consistance de la sauce mayonnaise.

Ce pus est aggloméré autour de l'extrémité externe de la trompe, et il pénètre jusque dans son pavillon à ouverture large.

La trompe gauche, située dans la fosse iliaque, ne présente aucune solution de continuité de sa paroi. On trouve dans sa cavité un magma purulent de la grosseur d'une noisette, présentant les mêmes caractères que le pus extérieur recueilli dans la fosse iliaque.

Un stylet, introduit par l'orifice abdominal avant l'ouverture de la trompe, a pu pénétrer dans sa cavité, mais cependant avec assez de difficulté pour que la perméabilité de la trompe au moment de l'autopsie soit restée douteuse.

Il est à noter qu'il n'y a aucune fausse membrane, aucune adhérence autour de la trompe.

L'ovaire gauche est scléro-kystique.

Les annexes droites sont normales.

L'utérus est normal, il n'y a ni pus, ni débris membraneux dans sa cavité.

L'enfant, quoique bien constitué et ayant crié sitôt sa naissance fut pris quelques heures après, de phénomènes de cyanose accompagnés d'élévation de température. Il succomba le 14 mai, trente-six heures après sa naissance.

Observation V

Péritonite mortelle, par irruption dans le péritoine à travers l'ostium abdominale, du contenu d'une salpingite suppurée chez une femme enceinte de trois mois (GOSSET et MOUCHOTTE. *Ann. Gyn. et Obst.* Novembre 1900).

L. S..., âgée de 26 ans, entre le vendredi 4 mai 1900, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Terrier, salle Lisfranc, lit n° 16 bis. La malade a été réglée à 16 ans, et toujours régulièrement. Un an avant l'établissement de ses règles, pertes blanches abondantes.

Premiers rapports sexuels à 18 ans.

Première grossesse à 19 ans. Accouchement à terme. Présentation du siège. Enfant mort pendant le travail. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 20 ans. Accouchement à terme. Présentation du sommet. Enfant né vivant.

Trois semaines après cet accouchement, la femme commence à souffrir dans le côté droit du ventre. Elle ne perd ni en blanc ni en rouge. A l'Hôtel-Dieu, où elle va consulter, on lui prescrit des injections et on lui met des tampons vaginaux glycerinés. L'état s'améliore.

Troisième grossesse à 23 ans. Accouchement à terme à la clinique Baudelocque le 7 avril 1897. Présentation du sommet. Albumine et petites crises convulsives pendant le travail. Enfant élevé au sein maternel, mort à 32 mois de bronchopneumonie. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse à 25 ans. Fausse couche de trois mois. Après cette fausse couche, la malade perd du sang pendant plusieurs mois, elle souffre beaucoup du côté droit du ventre,

tandis qu'elle ne ressent rien du côté gauche. Les mouvements, la marche ont de douloureux retentissements à droite.

Une sage-femme applique des tampons vaginaux. Mais les douleurs et les pertes de sang persistant, la malade se décide à entrer à l'hôpital et se présente à Bichat en août 1899, soit quatre mois après ses couches.

A Bichat, on lui fait un curettage et bientôt elle peut sortir améliorée.

Cependant depuis le curettage, les règles qui, antérieurement, étaient indolores, deviennent douloureuses. Cet état persiste jusqu'en janvier 1900, date à laquelle la cessation des règles marque le début d'une cinquième grossesse.

Cinquième grossesse, grossesse actuelle. Dernières règles 20 au 29 janvier 1900.

Pendant les deux premiers mois, vomissements très fréquents, céphalée, étourdissements, une syncope même. En même temps la femme éprouve dans le côté droit du ventre des douleurs continuelles, surtout pendant qu'elle marche et cessant dans le décubitus horizontal. Pas de pertes blanches, pas d'hémorragies.

Au troisième mois, l'état s'améliore, les douleurs abdominales cessent.

Mais le samedi 28 avril, la femme est prise de troubles gastriques, pesanteur d'estomac, vomissements; elle a de la diarrhée et souffre dans tout le ventre.

Le dimanche 29 elle se met à la diète et reste couchée.

Le lundi 30 elle éprouve encore des douleurs dans le ventre et des tiraillements épigastriques. Mais la souffrance est mieux supportée.

Le mardi 1^{er} mai, la femme ne souffrant plus, fait un déménagement. Elle se fatigue beaucoup, de même le mercredi 2 mai. Pendant ces deux jours, elle perd un liquide épais, rosé.

Le mercredi 2, à 11 heures 1/2 du soir, la femme éprouve brusquement une douleur très violente, dans le côté droit du ventre. Cette douleur immobilise la malade qui reste pendant deux heures assise sur une chaise, sans oser faire le moindre mouvement. Portée dans son lit, par son mari, la malade reste couchée sur le côté gauche, sans remuer. La perte rosée continue. Il n'y a pas de colique utérine.

Le jeudi, la malade veut se lever, mais elle est obligée de se recoucher. Anorexie. Douleurs généralisées à tout l'abdomen.

Le contact des draps est douloureux. Aucune douleur expulsive rappelant celles de l'accouchement. Application sur le ventre de cataplasmes chauds qui soulagent un peu. La malade épuisée, ne peut dormir ; elle sommeille la nuit. Les pertes rosées persistent.

Le vendredi, même état. Un médecin appelé pense à un avortement en train de se faire et fait transporter la malade à l'Hôtel-Dieu, d'où elle est renvoyée à la Pitié.

A 3 heures 30 du soir, toucher vaginal négatif, ne révélant aucun signe pouvant faire porter le diagnostic d'avortement.

Douleurs abdominales généralisées, rendant la palpation très difficile : il y a de la contracture de la paroi. A droite, sensibilité exquise, au point de Mac Burney. Langue saburrale. Pouls 120. On pense à une appendicite chez une femme grosse et tout est préparé pour une intervention.

A 5 heures du soir, temp. 38°. Pouls 140.

Traits tirés, facies fatigué. La malade est transportée à la salle d'opération.

Opération. — Sous l'anesthésie chloroformique, ouverture de la cavité péritonéale par une incision médiane sous ombilicale.

Dès que le péritoine est incisé, il s'écoule au dehors un liquide séro-purulent d'odeur fétide. Le maximum des lésions

siège dans la fosse iliaque droite. La terminaison de l'iléon, le cœcum et l'appendice, bien que tapissés de fausses membranes, paraissent sains et, en se portant vers l'utérus, dont le volume est celui d'un utérus gravide au troisième mois, on s'aperçoit facilement que c'est la trompe droite qui est le point de départ des accidents. Elle baigne dans le pus ; mais elle est libre de toutes parts, sans aucune adhérence, et du liquide purulent s'écoule par l'orifice abdominal.

L'ablation de la trompe et de l'ovaire droits est rapidement exécutée. Deux ligatures sont placées, l'une sur le pédicule utéro-ovarien, l'autre après section de l'isthme, sur la terminaison de l'artère utérine, tout contre le fond de l'utérus, et la trompe est enlevée avec l'ovaire. Un surjet ferme le bord supérieur du ligament large.

L'épiploon est attiré vers le petit bassin, de façon à favoriser l'isolement du reste de l'abdomen et deux gros drains sont placés derrière l'utérus, l'un dans le cul-de-sac de Douglas, et l'autre au niveau de la fosse iliaque droite.

Fermeture de l'abdomen.

L'opération terminée, on examine la trompe enlevée. L'expression fait sourdre du pus par l'ostium abdominale.

Une pipette est introduite facilement jusque dans la cavité tubaire, à travers cet ostium resté largement perméable, et l'on recueille du pus qui servira auxensemencements.

La malade meurt deux jours après.

L'autopsie révèle des lésions de péritonite généralisée.

N. B. — Quatorze heures avant la mort, expulsion d'un fœtus mort-né.

Observation VI

Hydrosalpinx et grossesse (BOUFFE DE SAINT-BLAISE, *Société d'Obst., de Gyn. et de Paed.*, 9 octobre 1905)

M^{me} X..., 26 ans, n'a d'autres antécédents qu'un peu de nervosisme et d'arthritisme ; elle fut d'excellente santé jusqu'à l'âge de 18 ans. A cette époque, elle fut prise d'une péritonite aiguë qui mit ses jours en danger, et fut attribuée, par un de nos collègues, à un excès de fatigue (?) pendant les règles. La santé redevint parfaite. Cette jeune fille se maria un an après, le 27 juin 1901, et devint enceinte deux mois après.

La grossesse fut bonne ; la jeune femme accuse seulement quelques douleurs de reins, mais rien dans les côtés du ventre.

L'accouchement fut spontané le 12 mai 1902, sans incident d'aucune sorte ; il ne dura que 9 heures, et ne fut suivi d'aucune douleur ni sensibilité qui aient attiré mon attention.

Trois jours après l'accouchement, sans qu'il y ait eu d'élévation de température, ni accélération du pouls, il survint subitement une douleur violente dans le côté droit, dans la région des annexes, ces douleurs revenaient par intervalles réguliers, laissant entr'elles le ventre endolori, sensible à la pression, et la paroi musculaire droite, en état de défense.

Puis, la garde remarqua qu'il s'écoulait par la vulve, mélangé au sang des lochies, un liquide très clair et très abondant, puisque plusieurs alèzes furent transpercés. Cet écoulement dura quelques heures, puis disparut en même temps que les douleurs, et, le lendemain, il n'existait plus rien qu'un peu de courbature et d'endolorissement.

Les suites de couches furent, en dehors de cela, tout à fait normales, la malade se leva le 23^e jour, et, tout alla bien jus-

qu'au 20 juin, époque à laquelle il survint des douleurs violentes dans les reins, avec sable dans les urines, et léger retour des lochies rouges.

La malade nourrissait avec succès.

Un mois après, le 18 juillet, reprise des douleurs accompagnées de symptômes nerveux tels que de la gêne de la parole, des douleurs dans les os du bassin et ceux de la tête, douleurs des globes oculaires et une sorte d'abrutissement très particulier. Tout cela disparut, dès qu'il se fut écoulé une assez grande quantité de liquide. Le lendemain, il ne restait plus qu'une grande lassitude. En même temps le lait diminuait graduellement.

En août, plusieurs pertes d'eau, accompagnées chaque fois de mêmes symptômes.

En septembre, retour des règles sans douleurs.

En novembre et décembre, les règles devinrent très abondantes, et duraient jusqu'à 13 jours. En même temps le liquide s'écoulait presque continuellement avec de fortes douleurs. La malade fut mise au lit jusqu'aux premiers jours de janvier 1903.

L'année 1903 se passa ainsi avec des écoulements aqueux périodiques et accompagnés toujours des mêmes douleurs et des mêmes symptômes nerveux.

Crises plus ou moins douloureuses en janvier et en mars 1904.

Plus rien jusqu'au 17 juillet de cette même année, ce jour là, crise très violente jusqu'au 19 où les règles apparurent.

La menstruation était, du reste, redevenue assez normale.

Le 19 juillet, règles normales sans douleurs. Ce furent les dernières. La grossesse commença à évoluer.

Naturellement, ce cas donna lieu à de nombreuses consultations, et le diagnostic d'hydrosalpinx, que j'avais posé dès le début, en sentant dans les annexes droites une tumeur fluc-

tuante, molle, plus ou moins tendue, qui se vidait complètement au moment des crises et des écoulements, fut appelé à être confirmé par de nombreux confrères et maîtres.

La conclusion fut que c'était un liquide séroïde, se distinguant des sérosités proprement dites par l'absence des éléments essentiels du sérum sanguin (sérine fibrinogène).

Grossesse du commencement d'août 1904. Je suivis la malade très exactement et je constatai le développement normal de son utérus légèrement dévié à gauche. On ne sentait pas de tumeur bien délimitable des annexes droites, et celles-ci n'étaient pas particulièrement douloureuses.

Rien de particulier jusqu'en novembre. A ce moment, il survint une perte aqueuse, accompagnée de douleurs le 4 novembre, une autre le 4 décembre, puis le 4 janvier, le 11 janvier et le 24 février 1905, environ une fois par mois. Les douleurs sont moins vives.

L'état général a été excellent pendant toute la grossesse. Pas de vomissements, pas de fatigues, sauf au moment des pertes ; en somme, grossesse excellente.

Pendant les deux mois qui précèdent l'accouchement, il y eut de petits écoulements séreux. Puis, survint le travail normal et l'accouchement normal. Le placenta était inséré au fond de l'utérus, il mesurait 23 centimètres dans toutes ses dimensions ; il n'existait sur lui aucune trace de décollement, ni d'hémorragie. Du reste, la malade n'a perdu de sang à aucun moment. Le toucher, pratiqué immédiatement après la délivrance, ne permit de rien constater à droite. Utérus mobile.

Suites de couches et allaitement parfaits.

Le 18 mai, quinze jours après l'accouchement, légère perte aqueuse, sans douleurs, puis encore le 25 mai.

L'état général est excellent, la malade engraisse et se porte à ravir.

Observation VII

Torsion du pédicule d'un hydro-salpinx droit au cours d'une grossesse de quatre mois (PINARD et PAQUY. *Société d'Obs., gyn. et paed.*, octobre 1902).

X..., 26 ans II-pare. Accouchée, le 26 mai, spontanément à terme d'une fille vivante.

Présentation du sommet. Elevée au biberon à la campagne. Actuellement bien portante.

Pendant cet accouchement, la sage-femme qui assistait la parturiente aurait dit aux personnes de l'entourage que l'utérus avait une forme bizarre. Les suites de couches furent normales. Depuis l'accouchement la malade n'a jamais souffert. Elle fut réglée à partir du deuxième mois qui suivit l'accouchement.

Elle eut ses règles la dernière fois du 30 mai au 4 juin 1901. Aux environs du 15 juillet, elle ressentit, pendant toute une journée, une douleur extrêmement vive dans le côté droit. Elle resta couchée deux ou trois jours, et peu à peu cette douleur s'atténua. Le 25 août, seconde crise douloureuse qui dure quatre jours.

Le 3 octobre, troisième crise, moins douloureuse que les précédentes. Toutes ces crises ont été remarquables par l'acuité de la douleur ; mais elles n'ont jamais été accompagnées de syncopes, ni de vomissements.

Le 9 octobre, la malade, en se levant, ressent une vive douleur dans le ventre. Elle travaille cependant jusqu'à huit heures et demie. Souffrant de plus en plus, elle rentre chez elle et se couche. Vomissements alimentaires, puis bilieux ; frisson.

La douleur persiste et le 11 octobre, la malade entre à la clinique Baudelocque à 3 heures du soir.

La température est de 37°, le pouls à 106 ; son facies est légèrement grippé ; sur le côté droit de l'utérus, qui a le volume d'un utérus gravide de quatre mois, est une tumeur indépendante, fluctuante, douloureuse.

M. Pinard porte le diagnostic de kyste ovarique à pédicule tordu chez une femme enceinte de quatre mois environ et décide de pratiquer la laparotomie, qui est pratiquée le 13 octobre.

Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal, louche. On aperçoit dans les deux tiers inférieurs de la plaie, la face antérieure de l'utérus gravide ; au-dessus les anses grêles, distendues, mais de coloration normale.

A droite, on voit une tumeur kystique de couleur brune, rougeâtre, fluctuante. On la ponctionne ; il s'écoule 900 centimètres cubes de liquide citrin. Le kyste vidé est extrait sans difficulté de la cavité abdominale. Au niveau du pédicule de la tumeur, qui n'est pas autre chose que la trompe distendue, on trouve l'ovaire qui a le volume d'une mandarine. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même, en sens inverse des aiguilles d'une montre. On le détord, il y a une légère adhérence entre les deux tours. On excise les annexes droites après la ligature par deux fils de soie entre-croisés. Toilette péritonéale, suture en trois plans de la paroi abdominale. Guérison. La grossesse continue.

La pièce enlevée est constituée par la trompe droite et par l'ovaire. La trompe était transformée en une tumeur kystique, type d'hydro-salpinx, mais remarquable par son volume, un hydro-salpinx de cette taille est une rareté. Au niveau de la surface de section du pédicule, on voit une grosse veine obli-

térée par un caillot adhérent et autour trois autres veines plus petites, également oblitérées. Les artères, par contre, paraissent perméables.

L'ovaire ne participe pas à la torsion. Il a le volume d'une mandarine.

Observation VIII

Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse. (PINARD. — *Société d'Obst., de Gyn. et de Paed.*, 8 décembre 1902).

Il s'agit d'une secondipare de 36 ans, qui, en 1896, était accouchée prématurément à 7 mois d'un enfant vivant qui mourut au bout de 6 jours. Elle avait eu, depuis le troisième mois de sa grossesse, des métrorragies.

Dernières règles, 5, — 13 septembre 1901.

Dans les premiers jours de décembre, métrorragie. Elle perdit du sang pendant une quinzaine de jours, garda le lit pendant trois semaines, puis reprit son service (elle est surveillante du service de M. Barth), qu'elle continua très alertement jusqu'au 27 mai.

Elle se portait très bien et, lors de son entrée à la clinique, elle ne signala même pas que, souvent, depuis cinq ans, mais surtout depuis le début de sa deuxième grossesse, elle souffrait dans le bas-ventre à droite. C'était une douleur assez vive, survenant assez brusquement et cessant, d'ailleurs, au bout de quelques minutes. Le siège exact de la douleur était la région inguinale.

Le jeudi 5 juin, à 5 heures du matin, très brusquement, elle est prise d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et de nausées; elle a en même temps des envies fréquentes

d'uriner. Elle est envoyée à la clinique Baudelocque avec le diagnostic d'appendicite probable.

A son entrée : T., 36° 6 ; P., 60, Etat général bon. Pas de dyspnée. Un peu d'anxiété dans le regard. Pas de météorisme. Ventre souple. Pas de défense musculaire. Pas d'hyperesthésie cutanée. Le palper de la fosse iliaque détermine dans une région large comme une pièce de cinq francs une douleur très vive. Cette zone douloureuse correspond à peu près à la région dite de Mac Burney.

La douleur subjective siège dans la région inguinale et la grande lèvre droite, dans la région lombaire iliaque droite et dans la fosse iliaque. La femme insiste surtout comme douleur subjective sur le trajet inguinal.

Le diagnostic d'appendicite est éliminé, et M. Pinard, ne constatant la présence d'aucune tumeur, pensant à des accidents de colique peut-être néphrétique, ne trouvant pour l'instant aucune indication opératoire, se contente d'attendre en observant minutieusement les symptômes.

Le 9, apparaissent des symptômes nouveaux : Etat nauséux ; vomissements porracés. Météorisme abdominal considérable. Diarrhée. La malade rend des gaz par l'anus. Pas de défense musculaire.

La douleur ne s'est pas modifiée. Teinte subictérique. Les urines acajou renferment un peu d'albumine et des pigments biliaires. T., 36° 6 ; P., 104. Nez pincé. Facies anxieux. Il y aurait eu quelques contractions utérines douloureuses (?). Le col, non effacé, est entr'ouvert ; l'enfant est vivant.

En présence de cette réaction péritonéale, M. Pinard décide qu'il faut intervenir et le plus rapidement possible. Il décide :

1° Que l'évacuation de l'utérus sera faite séance tenante et avec le minimum de trauma (dilatation manuelle, forceps) ;

2^o Qu'après l'évacuation de l'utérus on pratiquera la laparotomie.

A onze heures 40 du matin, sous chloroforme, M. Pinard commence la dilatation manuelle du col.

A midi, rupture de la poche (liquide opalescent) et application de forceps.

Extraction d'un enfant pesant 3.130 grammes et qu'on ne peut ranimer. Délivrance artificielle. Durée totale de l'intervention : 1 h. 10.

Réveil sans incident. Pas de vomissements. La femme se sent bien.

A quatre heures du soir, température : 37^o ; pouls : 120. Elle a rendu des gaz.

A 6 h. 25, T., 36^o 8 ; P., 120. Le ventre est souple, non météorisé, non douloureux.

Devant tous ces signes négatifs, M. Segond hésite et ne prend le bistouri que sur l'invitation formelle de M. Pinard.

A 7 h. 20, laparotomie médiane sous chloroforme par M. Segond.

Il était convenu que la laparotomie serait médiane, qu'on explorerait la fosse iliaque, les annexes et, enfin, en dernier ressort la vésicule.

L'exploration de la fosse iliaque droite permet de reconnaître immédiatement une tumeur du volume d'une orange : c'est la trompe droite hydropique qui s'était tordue deux fois sur son pédicule en sens inverse des aiguilles d'une montre. Il y a un peu de péritonite plastique sur la poche, dont la paroi ecchymotique est noire. L'intestin est légèrement météorisé, lépiploon congestionné. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Ce dernier, non apoplectique, est de volume normal.

Suture en un plan. Pas de drainage.

Suites apyrétiques, mais ictère intense qui n'a disparu que le 15 juin.

— Ce fait démontre une fois de plus l'influence de la puerpéralité en général et de la grossesse en particulier sur la torsion des tumeurs abdominales pédiculées.

Observation IX

Salpingite kystique à pédicule tordu compliquée de grossesse.

(D^r DELASSUS. *Arch. Tocol. et gyn.* septembre 1895).

X... âgée de 23 ans, a eu ses premières règles à 17 ans, ses dernières datent du 2 octobre, soit cinq semaines. Elle n'a eu qu'une grossesse, il y a deux ans, qui fut normale, ainsi que l'accouchement et les suites.

D'ordinaire, les règles sont normales comme date et comme durée ; elles s'accompagnent de douleurs avant et pendant, dans la région du ventre. Point de métrorrhagies.

Depuis le mois d'août un peu de leucorrhée tachant le linge. Elle n'a présenté, à aucun moment, des signes de blennorrhagie. Au mois d'août, elle a souffert pendant sept à huit jours du ventre dans la région ovarienne. Depuis lors, sa santé souffre, elle perd ses forces, maigrit.

Elle peut marcher moins longtemps qu'auparavant ; les grandes fonctions s'accomplissent assez bien.

Elle n'éprouve aucun symptôme de grossesse. Rien à noter à l'inspection du ventre.

A la palpation, on sent dans la région ovarienne droite une masse volumineuse comme les deux poings, de consistance non solide.

Au toucher, je constate que le col est normal, le corps me semble en arrière, légèrement en rétroversion, repoussé par une masse ovoïde accolée à son bord droit. Cette tumeur se sent parfaitement dans le cul-de-sac, elle est peu douloureuse, mobile, en totalité de bas en haut par le toucher bimanuel. Sa consistance est rénitente, non solide, mais avec quelques bosselures sur sa partie inférieure. Je la sépare sans peine de l'arc antérieur du bassin.

Dans le cul-de-sac postérieur le doigt explore facilement la face postérieure de l'utérus qui est lisse, ferme, et dont la largeur me paraît normale. Je ne m'étonne pas de ne pas sentir le fond de cet organe, la rétroversion n'est pas assez marquée.

Mon confrère, qui a pu examiner la malade au mois d'août, à l'époque de sa crise de douleurs abdominales, me déclare n'avoir rien trouvé au toucher dans les culs-de-sac.

Le diagnostic de (Collection liquide des annexes droites) s'imposait. Son siège pouvait être la trompe, l'ovaire, ou l'épaisseur du ligament large en raison de la situation plongeante de la tumeur, de la latéralité si nette de la masse et de la vacuité du cul-de-sac postérieur. D'ailleurs, pas de signe de grossesse, sauf le retard de quelques jours qui m'empêcha, par principe de pratique gynécologique, de faire l'hystérométrie.

La malade accepte l'opération, qui est pratiquée au dispensaire Saint-Raphaël, avec le concours de MM. les docteurs Faucon, Camelot, Plouvier, Bouvarlet.

Sous le chloroforme, mon confrère et moi constatons que la tumeur, perçue par l'abdomen, se déplace très aisément, et qu'on peut la faire voyager par tout l'abdomen jusqu'aux fausses côtes gauches, avec la plus grande facilité.

Le toucher fait constater que l'utérus n'a pas bougé, qu'il

conserve les mêmes caractères, et nous sentons tous trois sur son bord une masse rénitente comme précédemment. Un nouveau diagnostic s'imposait. La masse située dans le petit bassin, à droite de l'utérus, devait être une collection liquide annexielle ; pour l'autre, on pourrait songer à un kyste de l'ovaire ou de la trompe droite, à un kyste de l'épiploon, à un rein flottant, n'était sa forme trop arrondie et sa consistance nettement liquide.

L'ouverture du ventre nous montre :

1^o un kyste tubaire gauche muni d'un pédicule mince, long de trois travers de doigt, et tordu sur lui-même, s'insérant naturellement sur l'angle gauche de l'utérus, et d'une mobilité exceptionnelle ;

2^o un utérus du volume de deux poings, de consistance très mollassse, d'un rouge foncé. C'était un utérus gravide, et le doigt sentait nettement la différence de consistance que présentait le segment inférieur avec la partie supérieure.

Le pédicule du kyste fut lié et sectionné, le ventre refermé selon le mode habituel. L'opérée guérit sans l'ombre d'un accident.

Le kyste pèse exactement 500 grammes, son contenu est de couleur noire, verdâtre, sans caillots ; la paroi, assez résistante, n'est mince qu'en un seul point où elle aurait pu se déchirer.

De l'ovaire, je n'ai pas trouvé trace.

Observation X

Réveil modéré d'une salpingite blennorrhagique antérieure, à la suite d'un accouchement. — (PRIOLEAU, in thèse GILLE, Nancy, 1900).

M^{me} M..., 25 ans. — A eu il y a 6 ans un accouchement ; suites normales.

Quelques années après, contaminée par son mari, elle contracte une blennorrhagie caractérisée microscopiquement (*gonocoques*). Cette gonococcie laisse un léger degré de salpingite à droite. Crises salpingiennes au début mais qui sont calmées quand survient une nouvelle grossesse. Celle-ci est normale. De même l'accouchement, qui se fait suivant les règles de l'antisepsie.

Malgré cela au troisième jour, T. 39° 5. Un peu de douleur pelvienne, surtout à droite, avec chaleur vaginale et sensibilité péri-utérine, ballonnement du ventre et sensibilité. Glace intus et extra. Antisepsie. Les phénomènes se calment progressivement.

Observation XI

Double pyosalpinx compliquant une grossesse de deux mois. — (I W BOWÉE. *APER. Jour. Of. Obst.* XLI, p. 183, 1900).

M..., 39 ans, multipare, admise le 10 mars 1894, à Columbia-Hôpital, se plaignant de violentes douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Son dernier accouchement remonte à cinq ans. Elle a eu trois avortements, le dernier remonte à un an. Réglée à 13 ans. Ses règles avançaient, venaient toutes les trois semaines et duraient trois jours. Les dernières règles datent du 19 mars 1894.

D'abondantes pertes jaunes durant les trois derniers mois, et, durant cinq ans, différentes attaques de pelvi-péritonite. Troubles nerveux, pertes du sommeil et de l'appétit.

A l'examen, périnée et col déchirés. Le vagin est normal, sans changement notable du fait de la grossesse.

L'utérus est en latéro-version gauche considérablement élargi et nullement mobile.

Les annexes sont également élargies, fixées et tendues. On

pose le diagnostic de grossesse et de pyosalpinx, et on déclare l'opération urgente.

Opération le 17 mai. Anesthésie à l'éther. L'abdomen est ouvert, l'utérus est gros (grossesse de deux mois) la trompe gauche contient du pus, le pavillon est adhérent, l'ovaire inclus dans les adhérences ; la trompe droite est également distendue par le pus (elle en contient une drachme environ). On enlève les annexes, on draine à la gaze, et on referme l'abdomen.

Suites normales. — La malade accouche le 24 décembre suivant, délivrance au forceps après un travail laborieux.

L'accouchement a eu lieu dans la clinique du Docteur King.

La malade sort en bonne santé.

Observations XII et XIII

Deux cas de péritonite mortelle occasionnée par une pyosalpingite.
(*Lea. Ann. Gyn.* Année 1901).

I. Primipare, qui après avoir été infectée par son mari, avait souffert douze mois de douleurs pelviennes intenses qui s'accompagnaient d'un écoulement vaginal. Durant la première période du travail, elle devint très malade, elle eut un frisson avec une poussée thermique à 40°5. Après la délivrance, qui fut naturelle, et nul examen vaginal n'ayant été fait, l'hyperthermie persista et une péritonite généralisée se développa rapidement. Je vis la malade en consultation le dixième jour, elle avait alors une péritonite généralisée et de la péricardite, avec des signes de toxémie profonde. Il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale ; la mort survint trois jours après. (Pas d'autopsie). Il paraît vraisemblable que, dans ce cas, pendant le travail, un abcès ovarique ou un pyosalpinx creva dans le péritoine, pro-

voquant les symptômes aigus. Le travail avait été normal, et le frisson accompagné d'hyperthermie, avait commencé dix heures avant la délivrance.

II. Primipare. Travail normal, infection grave ayant débuté le troisième jour des suites de couches. Je la vis pour la première fois, le neuvième jour. Elle était alors extrêmement malade : toxémie profonde, température à 40°, P. 140.

A l'examen, on constata une masse dans la région des annexes gauches, et une péritonite généralisée. Section vaginale, qui donna issue à plusieurs onces de pus de la trompe gauche. Mais, la femme mourait vingt-quatre heures après de septicémie.

Le mari était, au moment, traité pour une gonorrhée.

Observation XIV

Salpingite et grossesse de cinq mois. Double salpingo-oophorectomie. — Guérison. — Continuation de la grossesse. (M. DELAGENIÈRE, du Mans. *Arch. Prov. Chirurg.* 1894).

X..., 30 ans. Réglée à 14 ans. Menstruation régulière jusqu'à son mariage. Trois enfants, le dernier à 23 ans. Pas de fausses couches. Dernière règles le 22 novembre 1892.

La malade fait remonter le début de son affection à son dernier accouchement. Celui-ci a été normal, mais la délivrance a été faite par la sage-femme. Immédiatement après douleurs et sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Ces douleurs persistent et s'observent aussi bien dans l'intervalle des règles que pendant la menstruation. Le docteur Horeau soigne la malade il y a cinq ans, constate une ulcération du col, qu'il soigne au moyen de cautérisation au fer rouge. Ce traitement amène un soulagement de courte durée et les douleurs reprennent ; l'ulcé-

ration se reproduit et un deuxième traitement, consistant en cautérisations, est suivi il y a deux ans.

La malade n'éprouve aucun soulagement et continue à souffrir. Au mois de juin 1892, les règles ne viennent pas, la menstruation se rétablit le 20 juillet, se continue en août, septembre, octobre et novembre précédée de violentes coliques. Depuis novembre, date des dernières règles, les douleurs abdominales prennent un degré d'acuité tel que la malade en perd le sommeil et tout repos.

Le ventre est très douloureux à la pression, légèrement ballonné. L'utérus est volumineux, et au niveau de la corne droite on sent une tumeur grosse comme un œuf. Diagnostic de grossesse et de kyste de l'ovaire droit. Repos au lit, injections vaginales chaudes, grands bains tièdes et piqûres de morphine.

Rappelé auprès de la malade le 5 mars. Les douleurs abdominales sont devenues intolérables : l'état général laisse beaucoup à désirer ; la malade ne peut plus se nourrir et réclame l'intervention.

Etat avant l'opération : malade épuisée, pâle, anéantie par les souffrances ; ne peut plus rien digérer, souffre de constipation. Rien au cœur, rien aux poumons. Urines normales. Localement, l'utérus dépasse le pubis de chaque côté ; le ventre est douloureux à la palpation ; le col est gros, ramolli, l'utérus paraît fixé dans le bassin.

Opération. — Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. Adhérences entre anses intestinales et utérus. Excision des annexes de droite d'abord et de gauche ensuite. Le ventre est refermé au moyen de deux plans de suture.

Pièces. — Trompe droite volume du doigt, sinueuse, congestionnée, fermée à son pavillon ; renferme un liquide citrin.

A gauche, l'ovaire est rempli de petits kystes. La trompe y

adhère par son pavillon, elle est sinueuse, grosse comme un porte-plume, très congestionnée, remplie d'un liquide hématique.

Suites normales. Continuation de la grossesse sans incident. La malade accouche le 25 août 1893 d'un enfant pesant 7 livres, parfaitement bien constitué. L'accouchement n'a présenté aucune complication ; cependant quelques heures après, la malade ressent une douleur extrêmement vive vers l'angle droit de l'utérus. Cette douleur s'accompagne de pâleur, d'envie de vomir, d'étouffement.

Elle cesse au bout d'une heure et le docteur Horeau l'attribue à quelques ruptures d'adhérences. Depuis cette époque la malade continue à se porter parfaitement.

Observation XV

Blennorrhagie maritale ancienne. — Grossesse chez une primipare, accompagnée de symptômes légers de salpingite. — Accouchement normal. — Péritonite par extension. — Mort au vingt-deuxième jour. FLESCH (*Zeitschrift f. prakt. Aerzte*, 1898).

Madame X.... — Primipare, femme de médecin. Celui-ci a eu, quelques années avant son mariage, une blennorrhagie dont il se dit guéri. La grossesse a été marquée par des douleurs constantes dans le côté droit et par des douleurs passagères de la miction.

Accouchement normal. Cette femme n'a pas été touchée pendant la grossesse, ni pendant le travail. Pas de lésions des parties molles. Délivrance normale.

Les premiers jours, rien d'anormal.

Au cinquième jour, après une forte discussion et des mouvements désordonnés, frisson de vingt minutes, température 38° 4. Ecoulement sans odeur.

Au septième jour, nouveau frisson et fièvre. De temps en temps, la malade accuse ses anciennes douleurs du côté droit.

Les jours suivants, température 40°. Les douleurs dans le côté droit s'accroissent.

Dix-huitième jour : on fait une ponction exploratrice dans le côté droit, on ramène du pus. La malade est très agitée et fait de très grands mouvements dans son lit.

Dès lors, les symptômes s'aggravent, le ventre se météorise ; des signes de péritonite surviennent.

Au vingt-deuxième jour : mort.

A l'Autopsie. — Péritonite généralisée récente.

La trompe droite présente des signes de lésions anciennes : paroi et muqueuse épaissies, contenu rouge, purulent.

Dans la région paramétritique droite, espaces remplis de pus.

Observation XVI

Pyosalpingite gauche. — Rupture des parois tubaires après avortement. — Péritonite aiguë. — Mort (L. VERJUS., Th. Paris, 1844, p. 7).
Observ. de GENDRIN.

X..., 23 ans, entre à Cochin le 13 juin 1833. — Avortement il y a 15 jours, à 3 mois 1/2 de grossesse. Péritonite aiguë. Mort.

Autopsie. — Utérus, deux fois plus gros que normalement. Dans l'épaisseur de la trompe gauche, se trouvait un foyer situé à l'origine de la trompe. Ce foyer aurait pu contenir une petite châtaigne. Il était à parois molles, grisâtres, rempli d'un pus gris ; les parois étaient minces, perforées antérieurement. Là,

un trou de deux lignes de diamètre, à bords arrondis, mais faisant communiquer le foyer avec la cavité péritonéale. Les ovaires, les ligaments larges, les vaisseaux du bassin étaient sains.

Observation XVII

Pyosalpingite. — Grossesse. — Rupture après l'accouchement. — Péritonite. — Mort. — F. IMLACH (*Liverpool, med. chir. journ.*, janvier 1886, p. 193).

Inlach diagnostique pyosalpingite au printemps 1884. Grossesse au commencement de décembre. Pendant toute la durée de la grossesse, douleurs extrêmes. Enfant venant en septembre 1885. Trois semaines plus tard, la malade se lève, malgré la garde. Sensation de rupture dans le ventre. Douleurs très vives. Mort en trois jours. Pas d'autopsie.

Observation XVIII

Accidents aigus de salpingite au cours de la grossesse, (Observation de STEPHENSON rapportée par BLANC).

IV-pare, 31 ans. La maladie date de sa seconde grossesse.

Depuis cette époque, elle offre une histoire lamentable ; car elle était en proie à des douleurs constantes qui, au moment des règles, devenaient excessives, à des vomissements, de la diarrhée, de la dyspareunie, etc. Les deux dernières grossesses ont été pénibles, le dernier enfant succomba presque aussitôt après l'accouchement. Dans la région pelvienne gauche, on sentait, aussi bien par le palper que par le toucher vaginal, une

tuméfaction douloureuse; on diagnostique un hémato ou un pyosalpinx.

L'ablation des annexes confirme ultérieurement le diagnostic hémato-salpinx.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse peut survenir chez une femme atteinte de salpingite. Les chances de fécondation sont en rapport avec l'état d'intégrité plus ou moins parfaite d'une des trompes.

II. — Les salpingites anciennes sont généralement sans retentissement sur la grossesse.

Néanmoins, elles peuvent parfois provoquer des accidents graves au cours de la grossesse ou à la suite de l'accouchement.

III. — L'existence pendant la grossesse d'une collection tubaire (hydro ou pyosalpinx) constitue un danger sérieux pour la femme, qu'elle expose à des risques de rupture, d'évacuation intra-péritonéale de la tumeur kystique ; et à la menace de torsion de son pédicule.

IV. — Toute femme enceinte atteinte de salpingite devra être surveillée avec soin pendant sa grossesse.

La constatation d'un pyosalpinx chez une femme enceinte ou récemment accouchée, surtout l'existence des signes de la torsion du pédicule d'une tumeur kystique de la trompe constituent une indication pressante d'une intervention immédiate et de l'ablation de la tumeur.

V. — Pendant les suites de couches une salpingite ignorée peut être le point de départ de phénomènes péritonéaux

graves. On devra penser à cette cause chez toute femme récemment accouchée qui présente des accidents d'infection dont l'origine reste inexpliquée.

VI. — Comme dans toutes les infections, la vie de l'enfant est menacée dans les grossesses compliquées de salpingite en raison des risques d'avortement et d'accouchement prématuré auxquels la mère est exposée, et par suite de la possibilité de l'infection directe du fœtus *in utero*.

Vu :

Le Doyen,

DEBOVE.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PINARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — *Annales de Ggn.*, 1903, p. 423.
- AUMONT. — Thèse de Paris, 1875.
- BAUDRON. — *Société d'obst., de gyn., et de pæd. de Paris*, 6 avril 1900.
- BETRIX. — *Nouvelles arch. d'obst. et de gyn.*, 1894.
- BINO. — Thèse de Munich, 1897.
- BLANC. — *Bulletin de la Société d'obst. et gyn.*, 1892.
Nouvelles arch. de gyn. et d'obst., 1892.
- BLAND-SUTTON. — *Surgical diseases of the ovaries and fallopion tubes*, 1891.
- BOIVIN. — Recherche sur l'avortement, Paris, 1828.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — *Soc. d'obst., gyn. et pæd. de Paris*, 9 octobre 1905.
- BOUILLY. — *Société d'obst., gyn. et pæd. de Paris*, 6 avril 1900.
- BOWÉE. — *American journal of obst.*, mai 1899.
- DELAGENIÈRE. — *Arch. prov. de chirurgie*, 1894.
- DELIASSUS. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1895.
Archives de tocol., 1895.
- DELBET. — Suppurations pelviennes chez la femme, 1891.
- DOLÉRIS. — *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.*, 1890, 1892, 1894.
Annales de la Société obst. de France, 1892.
L'obstétrique (mars 1898). Congrès de Paris, 1900.
- ENGSTRÖM. — *Zeitschrift für gyn.* Bd. xxvi.
- FAUVERGHE. — Th. Lille, 1902.

FRAIPONT. — *Nouvelles arch. d'obst. et de gyn.*, 1894.

FRUHHINSHOLZ. — Thèse de Nancy, 1902.

Annales de gynécologie, 1902, p. 248.

GILLE. — Thèse de Nancy, 1900.

GOSSET et MOUCHOTTE. — *Annales de gyn. et obst.*, 1900, p. 512.

GOULLIoud. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1894.

GROSSE et HERRENSCHMIDT. — *Société d'obst., gyn. et pæd. de Paris*, 13 juin 1904.

HALLÉ. — Th. Paris, 1898.

HARTMANN. — Congrès de Paris, 1900.

Société d'obst., de gyn., de pæd. de Paris, 2 février
et 5 octobre 1900.

Annales de Gynécologie, 1900, p. 122.

HARTMANN et MORAX. — *Société de chirurgie*, 30 mai 1894.

HAUTCHEFF. — Thèse de Nancy, 1899.

ILLAVAECK. — *Monatschrift für Geb.*, 1897.

IMLACH. — *Liverpool med. jour.*, 1886.

ISAAC. — Thèse de Paris, 1895.

JACOBS. — *Archives de tocologie*, 1893.

JANET. — *Nouv. archives d'obst.*, 1893.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité méd. chirurg., de gyn.,
Presse méd.*, 1900.

LABUSQUIÈRE. — *Ann. de gyn. et obst.*, juin 1901.

LAWSON-TAIT. — *Ectopic gestation and pelvic hematocele*, 1880.

LEA. — *Arch. für gyn.*, 1901.

Annales de gyn., 1901.

LEMOINE. — Th. Lyon, 1902-03.

LEPAGE. — *Société d'obst., de gyn. et de Pæd. de Paris*, 13 juin
1904.

MAILLARD. — Thèse de Paris, 1897.

- MARTIN. — *Krankerler der bilerter*, 1895.
— *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1897.
— *Maladies des femmes*, Paris, 1899.
- MEGRAT. — *Annales de gyn.*, 1883.
- MONTPROFIT. — Thèse de Paris, 1887-88.
- OZENNE. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1897,
p. 162.
- PAQUY. — Thèse de Paris, 1897.
- PICQUÉ et CHARRIER. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895.
- PICQUÉ. — *Société de Chirurgie*, 1900.
- PINARD. — *Société d'obst., gyn. et pæd. de Paris*, 18 décembre
1902.
— *Annales de gyn.*, 1898, p. 745, 1903, p. 161.
- PINARD et PAQUY. — *Société d'obst., gyn. et pæd. de Paris*,
14 octobre 1901.
- PINARD et SEGOND. — *Société d'obst., de gyn. et de pæd.*, 2 mars
1900.
- POZZI. — *Société d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris*, 6 avril 1900.
- PRIOLEAU. — In thèse Gille, Nancy, 1900.
- REYMOND. — Thèse de Paris, 1895-96.
- RIBEMOND-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*.
- SEGOND. — *Société d'obst., gyn. et de pæd. de Paris*, 7 décembre
1900.
- TAINTURIER. — Thèse de Paris, 1894-95.
- TERRILLON. — *Annales de Gyn.*, 1899.
- TREUB. — *Annales de Gyn.*, 1903, p. 34.
- VARNIER. — *Société d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris*, 7 dé-
cembre 1900.
- VEIT. — *Lehrbuch Geburtshilfe*.
- VÉSIAIN (de). — Thèse de Toulouse, 1902.
- VESQUE. — Thèse de Nancy, 1899.

VÉZINAT. — Thèse de Paris, 1896.

VIGNARD. — Congrès de Nantes, 1901.

Annales de Gyn., 1901, p. 354.

VOLPELIÈRE. — Thèse de Montpellier, 1901-02.

VUILET. — *Gazette de Gyn.*, 1895.

VAGNER. — *Monatschrift für Geb.*, 1859.

WALTER. — *Arch. für Gyn.*, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Influence des salpingites sur la grossesse.....	11
Salpingite et stérilité.....	11
Salpingite et grossesse extra-utérine.....	15
Salpingite cause d'avortement et d'accou- chement prématuré.....	19
Salpingite et mort du fœtus.....	22
CHAPITRE II. — Influence de la grossesse et de la puerpé- ralité sur la salpingite.....	25
Amélioration et guérison de la salpingite.....	25
Aggravation de la salpingite.....	26
Péritonite d'origine annexielle par rupture de la trompe; évacuation de son contenu purulent à travers l'ostium abdominale...	29
Torsion du pédicule des salpingites.....	32
DIAGNOSTIC.....	35
PRONOSTIC.....	40
TRAITEMENT.....	42
OBSERVATIONS.....	45
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79

